DISSERTATION

N° 101.

SUR

LA MÉTRORRHAGIE

QUI SURVIENT

PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR R. REGNAULD, de Gueron,

Département du Calvados;

Ancien Élève des hôpitaux civils de la ville de Paris.

Invenio autem apud sapientes honestissimum esse vestigia majorum sequi, si modo recto itinere processerint.

C. PLINII.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER,
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Président*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocq.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte.)	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur*.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur*.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Suppléant*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BEAU-PÈRE

ET

A MA BELLE-MÈRE.

Recevez l'hommage de ce faible travail, il est le gage de mon amour et d'une reconnaissance sans bornes.

A MONSIEUR MAYGRIER,

Professeur d'accouchement; Membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.

Hommage à son mérite.

A MONSIEUR LAMANDÉ,

Inspecteur des ponts et chaussées de France; Député du département de la Sarthe, etc., etc

Comme un gage de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

R. REGNAULD.

INTRODUCTION.

Parmi les nombreuses maladies qui affectent l'espèce humaine, il n'en est pas une qui n'ait été examinée et décrite avec plus ou moins d'intérêt et de talent. Le candidat le plus instruit s'abuserait assurément s'il avait la prétention de croire que l'expérience de quelques années d'étude lui donnât le droit de penser autrement que des hommes qui, après avoir étudié la nature jusque dans ses aberrations, nous ont transmis le fruit des observations multipliées qu'ils ont recueillies à son école. Sans doute le champ des découvertes n'est pas épuisé ; mais le génie seul a le droit d'y moissonner, en surprenant à la nature les profonds secrets qu'elle nous cache, tandis que la masse des praticiens doit s'estimer heureuse de puiser à la source d'où jaillissent les lumières propres à nous guider. Le sujet d'une thèse est un sujet nouveau pour celui qui la défend, parce qu'il ne fait qu'étudier tout ce que ses juges savent depuis long-temps. Si nous examinons les opinions de nos maîtres, nous ne nous croyons pas en droit de leur en substituer qui nous appartiennent. En prenant pour sujet de notre dissertation les hémorrhagies qui se déclarent chez la femme pendant la grossesse et après l'accouchement, nous n'avons point le dessein de traiter ce sujet sous un point de vue nouveau, mais de ramasser une collection de préceptes, afin de déterminer

les circonstances qui exigent l'emploi de chacun d'eux. Notre but est donc de nous instruire, ensuite d'être utile à cette portion de l'espèce humaine sur laquelle la nature a versé d'une main également prodigue les charmes et les maux. Est-il un médecin philosophe qui ne s'attendrisse sur le sort d'une épouse, d'une mère, qui, après avoir fait tous les frais d'une grossesse orageuse, se trouve inondée dans son sang, au moment où elle allait savourer le bonheur d'être mère? La nature, en confiant à la femme ses plus sacrées espérances, ne nous dit-elle pas que ses maux sont aussi les nôtres? Si cet être compatissant nous touche de si près, quel doit être notre zèle pour lui prodiguer tous les secours de notre art? Sans doute cette nature travaille à l'accomplissement de ses œuvres, mais souvent elle se détruit par ses propres efforts. Le praticien devient donc d'une utilité indispensable, et sa main, bien ou mal dirigée, donne deux fois la vie ou deux fois la mort. L'homme de l'art ne peut donc trop se pénétrer des hautes fonctions qu'il est appelé à remplir ; mais, si nous n'étions pas convaincu de l'attention scrupuleuse qu'exige la perte qui se déclare chez la femme pendant la grossesse, écoutons ce que dit *Boërhaave* dans ses aphorismes : *Inter periculosissimos verò* gravidarum *morbos habetur fluor uterini sanguinis.*

DISSERTATION

SUR

LA MÉTRORRHAGIE

QUI SURVIENT

PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

De la métrorrhagie pendant la grossesse.

Le mot de *métrorrhagie*, généralement adopté pour désigner une *hémorrhagie utérine*, est formé de deux mots grecs, μήτρα, *matrice*, et ῥήγνυμι, *je sors avec violence*. Je n'examinerai pas si l'étymologie de ce mot répond rigoureusement à sa signification; il me suffira de déterminer l'idée qu'il nous représente. On entend par *métrorrhagie* tout écoulement de sang excessif et immodéré hors des vaisseaux utérins, soit qu'il arrive pendant la menstruation, soit hors le temps destiné à cette fonction. L'hémorrhagie de l'utérus peut se déclarer, ou dans l'état de vacuité de cet organe, pendant l'état de grossesse, ou enfin après l'accouchement, ce qui fournirait aisément matière à plusieurs dissertations intéressantes; la nature et le but de cet essai ne me permettant pas de les envisager à ces différentes époques, je parlerai seulement de l'hémorrhagie qui se manifeste pendant la gestation et après l'accouchement.

Tous les anatomistes, sachant que la matrice est un organe creux, symétrique, propre à la femme, ont étudié sa situation, ses rapports avec l'intestin rectum et la vessie, sa forme, ses attaches, ses angles, etc.

Nous ne les suiverions pas dans ces détails sans nous écarter des bornes que nous nous sommes prescrites ; il nous serait tout aussi inutile d'examiner quelle est la nature du tissu de cet organe, quelle est la direction de ses fibres ; d'ailleurs, nous n'avons que peu de données propres à éclaircir la question, puisque les opinions de *Ruysch*, de *Rœderer*, de madame *Boivin*, sont presque aussi différentes les unes des autres que les noms même de ces auteurs ; en les confrontant, pour les faire contraster, nous ne ferions que nous jeter dans le vague. Il nous paraît impossible de déterminer, hors le temps de la grossesse, l'arrangement de ces fibres, à cause de leur entrelacement inextricable ; et il serait tout aussi difficile, dit *Baudelocque*, d'en connaître la nature, si les propriétés contractiles qu'il partage avec les muscles ne l'eût souvent manifestée pendant l'accouchement. Ce qu'il nous importe de connaître, ce sont des phénomènes qui nous mettront sur une voie d'où nous pourrons suivre notre sujet, en apprécier l'importance et diriger les suites. Je me bornerai donc ici à esquisser rapidement le tableau des merveilles qui se passent dans l'utérus après la conception, moment où la nature semble uniquement occupée de ce viscère, comme pour le dédommager de l'espèce d'abandon dans lequel il était plongé dans les premiers temps de la vie.

Aussitôt que la femme a reçu le rudiment de l'être qu'elle doit vivifier, il s'établit en elle un nouveau mode de vitalité : l'utérus se gonfle, devient le centre de fluxion vers lequel les humeurs se portent de tous côtés ; son tissu, recevant une plus grande quantité de sang, se relâche ; ses fibres deviennent molles, spongieuses, se colorent, s'allongent ; ses vaisseaux, dont il est si difficile de connaître l'existence avant la grossesse, se déroulent, se redressent, leurs contours multipliés s'effacent, et, comme ils sont moins comprimés par les fibres qu'ils arrosent, ils augmentent de calibre (1). Ses vaisseaux lym-

(1) Quelques auteurs prétendent que les vaisseaux utérins acquièrent un tel diamètre qu'ils peuvent recevoir le bout du doigt ; d'autres tombent dans un

phatiques, dit *Cruikshank*, deviennent si nombreux, que la matrice ne paraît plus qu'un lacis de ces vaissseaux. Ces changemens deviennent d'autant plus sensibles qu'on s'éloigne davantage du moment de la conception.

Le placenta est une masse spongieuse vasculaire, adhérente à la surface interne de l'utérus, destinée à établir des communications entre la mère et le fœtus. Examinerons-nous comment s'établissent ces communications? Autant de physiologistes, autant de sentimens; tant il est vrai de dire que les choses les plus obscures sont aussi celles que chacun se croit en droit d'expliquer; parce que, lorsque l'eau est trouble, tout le monde peut voir le fond d'une manière différente.

Hunter pense qu'il n'y a pas de communication immédiate entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du placenta, mais que les exhalans de la matrice versent le sang qui doit servir à la nourriture du fœtus sur la surface convexe de ce gâteau spongieux, où il est absorbé par les radicules de la veine ombilicale. M. *Velpeau* partage à peu près cette opinion.

M. *Richerand* prétend que les artères utérines ou les vaisseaux lymphatiques laissent pleuvoir dans le tissu du placenta le sang artériel de la mère, que là il est absorbé par les nombreuses radicules de la veine ombilicale. D'autres physiologistes pensent qu'il subit une éla-

---

excès contraire, et disent qu'ils n'ont jamais aperçu que de simples porosités; je n'ai par devers moi aucune observation qui me fasse admettre une de ces deux opinions préférablement à l'autre; cependant il me paraît probable qu'un organe tel que la matrice ne peut acquérir un volume tel qu'elle le fait sans que les vaisseaux chargés de porter les matériaux destinés à cet accroissement ne suivent une progression à peu près semblable. Cette théorie, outre qu'elle n'a rien qui répugne aux lois de la saine physiologie, me paraît séduire et fixer nos idées, parce qu'elle nous sert à expliquer comment la matrice, se trouvant dans une espèce de phlogose passagère, peut donner lieu à une effusion de sang foudroyante, lorsqu'une disposition accidentelle en favorise le développement.

boration particulière avant d'être porté à l'enfant. Quoi qu'il en soit des opinions de tous ces savans, il est probable qu'il existe une communication entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du placenta. Dans les chiennes, dit M. *Magendie*, vers le milieu de leur gestation, on voit un très-grand nombre d'artérioles qui sortent du tissu de l'utérus et s'enfoncent dans le placenta; il est impossible de déchirer ces artérioles sans produire une hémorrhagie abondante. Cette communication est-elle directe? Les injections de *David Williams*, de Liverpool, les pièces anatomiques de *Biancini*, présentées à la Société médico-physique de Florence, ne paraîtraient, suivant quelques-uns, laisser aucun doute à ce sujet. Mais, d'un autre côté, les expériences de MM. *Lobstein*, *Béclard*, *Ribes* et *Chaussier*, n'ont pas été suivies du même résultat. Il n'est donc rien moins que prouvé qu'il existe des anastomoses immédiates entre les vaisseaux utérins et le placenta. D'ailleurs, s'il en était ainsi, les battemens du pouls de l'enfant seraient isochrones aux battemens du pouls de la mère, ce qui n'a pas lieu, dit M. le professeur *Richerand*, avant la section du cordon ombilical. Il est vraisemblable que le sang versé par les artères utérines dans le tissu du placenta éprouve une modification en parcourant les cellules de ce corps spongieux, et qu'il y est pris ensuite par les extrémités de la veine ombilicale, pour être porté au fœtus. Dans ce cas, le placenta serait-il pour le fœtus ce qu'est le poumon pour l'adulte?

Nous eussions pu nous dispenser d'entrer dans tous ces détails; ce qu'il nous importe de savoir, et ce qui est même indispensable pour l'intelligence du sujet que nous embrassons, c'est que le développement de l'utérus entraîne aussi celui de ses vaisseaux, que ces vaisseaux reçoivent une plus grande quantité de sang dans un temps donné; que ce sang, dont une portion est destinée au fœtus, est porté de la matrice au placenta au moyen des adhérences qu'il a contractées avec elle, et que, si une cause quelconque vient à détruire ces adhérences, il en résultera nécessairement un écoulement de sang proportionné à l'étendue du décollement du placenta.

Après avoir étudié la disposition et le rapport du placenta avec la

matrice, on comprend aisément qu'elle est la source de la métrorrhagie, pourquoi elle se déclare si souvent pendant la grossesse. Examinons maintenant ce qui se passe dans les derniers temps de la gestation et après l'accouchement, lorsque tout se fait suivant le vœu de la nature. A mesure que la femme se débarrasse du produit de la conception, l'utérus se contracte, ses fibres se resserrent, se froncent, se raccourcissent; ses parois se durcissent en se condensant, ses vaisseaux se replient en serpentant, et deviennent d'autant plus tortueux que la matrice, en comprimant leurs détours sinueux, se rapproche plus de son état naturel; enfin, au bout de quelques jours ils ne suent plus que quelques goutles d'une matière séro-sanguinolente; mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi heureuse. Si, par exemple, un accident quelconque a épuisé la tonicité de l'utérus, qu'arrive-t-il? La matrice reste molle, flasque, dans un état d'indifférence, je dirais presque; l'orifice de ses vaisseaux, nu et béant, verse le sang à gros bouillons; la femme en est comme foudroyée, ses traits se décomposent, une sueur froide baigne son visage, elle tombe de syncope en syncope, et ne tarde pas à expirer, si une main exercée n'enraie la marche d'un si affreux événement.

La métrorrhagie a été divisée en *externe* et *interne*, selon que le sang s'échappe au-dehors de la matrice, ou est retenu à l'intérieur de cet organe.

Il serait très-facile de reconnaître une perte externe si les menstrues se supprimaient chez toutes les femmes qui ont conçu; mais il n'est pas rare de rencontrer des femmes chez lesquelles cette évacuation continue. *Burton* assure avoir connu une femme qui était réglée jusqu'au septième mois de sa grossesse. *Deventer* cite l'exemple d'une autre qui ne l'était que pendant la gestation. *Baudelocque* dit qu'il a été consulté par plusieurs femmes qui lui assuraient n'avoir été réglées périodiquement que pendant la grossesse. Nous connaissons une dame qui ne l'est jamais plus régulièrement que lorsqu'elle est enceinte. Cette femme, d'une constitution frêle et délicate, se couvre

d'un embonpoint admirable aussitôt qu'elle est grosse. Il faudrait donc bien se garder de prendre pour perte toutes les évacuations qui ont lieu chez les femmes pendant la gestation. Si, dans quelques cas, la distinction en est facile, il en est souvent autrement. Voici pourtant les caractères distinctifs auxquels *Baudelocque* dit qu'on peut les reconnaître. Les règles arrivent au temps ordinaire; elles coulent en petite quantité, et ne sont annoncées que par de légers symptômes; le sang en est clair et séreux; la femme se trouve soulagée à mesure que le dégorgement s'opère. La perte, au contraire, se déclare à une époque indéterminée; le sang en est plus épais, et se coagule plus aisément que celui des règles. La femme éprouve des douleurs dans les lombes, des lassitudes, un sentiment de défaillance à l'estomac, qu'elle confond souvent avec celui de la faim, dit M. *Desormeaux*. Au reste, une méprise dans ce cas ne pourrait avoir de graves conséquences, puisque le traitement que réclame une perte légère serait aussi celui qui conviendrait à une évacuation menstruelle trop abondante; c'est au praticien judicieux à réprimer une effusion qui, par son intensité et sa durée, pourrait compromettre les jours d'une femme et d'un enfant confiés à ses soins; peu importe les moyens qu'il mettra en usage pour remplir une indication de cette espèce.

Quelles sont les causes qui peuvent retenir le sang dans la matrice? A quels signes pourrait-on reconnaître qu'il s'y accumule? Ou le centre du placenta, décollé de la surface interne de l'utérus, tandis que ses bords conservent encore leurs adhérences, permet au sang de s'échapper dans une espèce de capsule formée par l'éloignement de ce corps spongieux; ou le cordon ombilical tiraillé par une violence quelconque, laisse couler ce liquide entre les membranes qui environnent l'enfant. Dans ces deux cas, le sang n'a pas de voie qui le laisse aller au-dehors, il reste à l'intérieur de la matrice; il y a hémorrhagie interne.

L'hémorrhagie qui arrive dans ce cas n'est pas toujours facile à reconnaître, surtout lorsqu'elle a lieu d'une manière lente et peu sensible; il est même possible qu'on la méconnaisse. Cependant il est

rare que le médecin attentif ne la soupçonne pas, quand aux symptômes qui annoncent une congestion vers l'utérus se réunissent tous ceux qui accompagnent les grandes évacuations sanguines. La femme éprouve une douleur sourde et profonde à l'hypogastre, aux lombes, dans l'excavation du bassin ; des tiraillemens, des lassitudes dans les aines, une sorte de prurit dans les organes génitaux. Mais, d'après l'ensemble de ces symptômes, on ne pourrait encore prononcer qu'il existe une perte interne ; le doute ne peut disparaître que lorsque le volume de la matrice s'accroît et se distend outre mesure et avec rapidité, que lorsque le sang s'échappe des vaisseaux où il s'était amassé; alors la femme se sent soulagée : le diagnostic n'est plus obscur. Il s'en faut bien que l'hémorrhagie interne soit toujours aussi difficile à constater. Lorsque le placenta perd tout à coup ses adhérences dans une grande étendue, et que le décollement de cette masse est l'effet subit d'une cause immédiate, l'épanchement est si rapide, et les symptômes qui l'annoncent ont un caractère si prononcé, qu'on ne peut s'empêcher de le reconnaître de prime-abord. Il ne faut pas s'en laisser imposer par l'absence ou le peu d'intensité de la perte. Si les symptômes qui décèlent un mouvement fluxionnaire vers l'utérus nous manquent dans ce cas, nous en avons d'autres qui parlent plus hautement à notre attention, et qui nous donnent la mesure des dangers où se trouve la femme. Elle se plaint, à l'instant même, d'une douleur sourde et fixe, d'un sentiment de pesanteur dans la région où le placenta est décollé; elle éprouve des frissons, du tiraillement, de la défaillance. Le visage pâlit, les traits s'altèrent, la vue s'obscurcit, les oreilles teintent ou bourdonnent, les syncopes se succèdent avec rapidité. La matrice acquiert un volume considérable en peu de temps, et au delà, dit *Baudelocque*, de ce qu'elle le fait en un ou deux mois de grossesse. Le sang, par sa présence, sollicite les contractions de cet organe, qui bientôt entre en action. Les douleurs, d'abord faibles et languissantes, augmentent d'intensité, et se rapprochent de plus en plus à mesure que le sang s'accumule en plus grande quantité. L'orifice de ce viscère se dilate ; les membranes s'af-

faissent, se déchirent sous l'effort des contractions utérines, et donnent issue à des caillots plus ou moins volumineux, ou aux eaux de l'amnios, plus ou moins mêlées de sang, suivant que ce liquide s'était amassé entre le placenta et la matrice ou dans la cavité des membranes elles-mêmes.

Beaucoup d'auteurs révoquent en doute la possibilité d'une hémorrhagie entre les membranes; cependant ce fait, outre qu'il n'a rien qui répugne au témoignage des sens, se trouve encore conforme aux observations de *Levret*, *Delamotte*, *Baudelocque*, de sorte que nous avons de bons motifs pour y ajouter foi, et si nous nous égarons en suivant l'opinion de ces auteurs, ne pouvons-nous pas nous consoler de l'avoir fait en si bonne compagnie? Il me semble qu'il est bien difficile, avant l'accouchement, de distinguer si la perte doit être attribuée au décollement du placenta ou à la lésion du cordon ombilical; quoi qu'il en soit, voici les caractères qui pourraient jeter quelque jour sur ce sujet. Si le sang s'épanche entre les membranes, la matrice augmente de volume d'une manière uniforme; mais s'il s'échappe derrière le placenta, l'abdomen offrira une tumeur du côté où le sang se serait porté. Cette distinction me paraît plus facile à établir en théorie qu'en pratique. Il semblerait qu'un épanchement formé entre le placenta et la surface interne de l'utérus ne pourrait avoir de funestes conséquences; le sang, en se coagulant, formera un caillot qui opposera une digue insurmontable à une nouvelle effusion de ce liquide; c'est en effet ce qui arrive souvent; mais il est d'observation que l'hémorrhagie peut devenir assez considérable pour entraîner la mort de la femme et de l'enfant. Les exemples de cet accident sont assez rares : *Baudelocque* en rapporte quelques observations. Deux de ces femmes accouchèrent d'un enfant mort après avoir éprouvé ce que nous avons signalé plus haut. Chez une troisième, l'enfant ne vécut que quelques instans, et la mère mourut cinq heures après dans de fréquens accès d'épilepsie que rien ne put calmer (1).

(1) *Baudelocque*, Art des accouch., t. 1, p. 467 et suiv.

Causes de la métrorrhagie pendant la grossesse.

Tout ce qui est susceptible de détruire les adhérences du placenta avec la surface interne de l'utérus doit être considéré comme cause de l'hémorrhagie qui se manifeste pendant la grossesse; or, le décollement du placenta sera ou l'effet d'une cause immédiate ou d'une cause éloignée. Examinons ces deux cas. Si le placenta vient à recevoir une secousse propre à rompre ses adhérences, l'écoulement de sang suivra immédiatement l'action de la cause, sans être précédé ni accompagné des symptômes qui annoncent une congestion vers l'utérus, l'hémorrhagie sera pour ainsi dire l'effet d'une cause traumatique; mais ce cas doit être extrêmement rare, puisque la cavité de la matrice étant exactement remplie par l'œuf, le placenta se trouve soutenu de tous côtés, et peut difficilement être ébranlé; il faudrait, pour que la chose arrivât, que cette masse spongieuse reçut une somme de mouvement supérieure à celle que reçoit la matrice elle-même. Si, dans ce cas, l'hémorrhagie utérine est l'effet d'une cause immédiate, il arrive bien plus souvent que le placenta perd son adhérence à la suite d'une cause qu'il n'est pas toujours en notre pouvoir d'apprécier. Comme ces causes sont infiniment variées, j'indiquerai seulement celles qui, par leur fréquence, ont fixé l'attention des praticiens, persuadé qu'il serait fort difficile de déterminer tous les différens états de l'économie qui peuvent amener cet accident. Au nombre de ces causes se trouvent les grandes irritations nerveuses, qui en jetant le trouble dans l'organisme de la femme y déterminent des spasmes, des convulsions; l'existence d'un virus particulier qui donne au sang une propriété corrosive et le rend propre à détruire ces adhérences; les secousses imprimées à la matrice par l'abus des emménagogues, des purgatifs drastiques; le tiraillement opéré sur le placenta par le défaut de longueur du cordon ombilical, par son entortillement autour du corps de l'enfant : mais la cause la plus commune est la pléthore. Le sang, faisant effort pour sortir de ses vaisseaux, rompt les adhéren-

ces du placenta. Cette étiologie, dit M. *Desormeaux*, me semble prouvée par les circonstances suivantes. Il s'écoule ordinairement entre l'action de la cause et le commencement de l'hémorrhagie un certain espace de temps pendant lequel on voit se manifester tous les symptômes d'une congestion vers l'utérus; si on emploie un traitement convenable, on réussit le plus souvent à prévenir l'écoulement du sang.

La perte qui se déclare pendant les trois ou quatre premier mois de la grossesse est rarement dangereuse pour la femme qui la supporte, à moins qu'elle ne soit accompagnée de circonstances propres à l'aggraver. Celle qui se manifeste depuis le quatrième mois jusqu'au terme de la gestation est bien plus redoutable; car si la majeure partie du placenta est décollée, l'avortement ou la mort de la femme en seront la suite, à moins qu'on ne termine l'accouchement. Pour apprécier le danger d'une hémorrhagie utérine, c'est moins la quantité de sang qu'à perdu la femme qu'il faut considérer, que les effets que produit cette perte sur le système général; car telle femme forte et pléthorique pourrait perdre impunément quelques livres de sang, tandis que la perte de quelques onces de ce fluide est capable de déterminer les accidens les plus fâcheux chez une femme qui se trouverait dans des conditions opposées.

L'hémorrhagie qui reconnaît pour cause l'implantation du placenta sur le col de l'utérus est des plus dangereuses pour la mère et pour l'enfant. Si le travail se ralentit, et que le sang cesse de couler, c'est une preuve que la femme est épuisée; il ne lui reste plus qu'un souffle de vie; l'enfant a peut être déjà succombé.

Quelle que soit la cause de la métrorrhagie qui se manifeste pendant la grossesse, le devoir du praticien reste toujours le même : ralentir l'afflux du sang vers l'utérus, favoriser le resserrement des vaisseaux utérins, sont des indications qu'il faut remplir. Si nous n'avions pas examiné plus haut quel est l'influence de la grossesse sur la production des hémorrhagie utérines, il nous serait indispensable de le faire ici, car on ne peut attaquer une maladie avec espoir de succès

que lorsqu'on s'est fait une idée exacte de son mode de développement; or, nous nous sommes fixés sur ce point. Voyons donc les moyens thérapeutiques que nous opposerons à la métrorrhagie, lorsque la vie d'une femme et de son enfant inspire de justes craintes.

On ne peut espérer la cessation de l'hémorrhagie, dit M. *Desormeaux*, que des trois circonstances suivantes : où le placenta se recollera, ou un caillot bouchera mécaniquement l'orifice des vaisvaisseaux utérins, ou les vaisseaux se resserreront et leur orrifice se fermera.

Le placenta une fois décollé de la surface de l'utérus ne peut contracter de nouvelles adhérences. *Noortwyk*, il est vrai, cite un exemple du contraire ; mais un fait aussi rare suffirait-il pour infirmer mille observations rapportées par des hommes dont la véracité n'a jamais été révoquée en doute. Au reste, un résultat de cette nature ne pourrait être que le fruit du traitement mis en usage pour arrêter l'effusion du sang.

Quand l'hémorrhagie utérine est peu abondante, et qu'elle se déclare pendant les premiers mois de la grossesse, on peut se borner aux moyens suivans. On fait coucher la femme sur un plan horizontal, la tête et les épaules un peu plus basses que le reste du corps ; on lui prescrit la diète, le repos du corps, le calme de l'esprit ; on la saigne, on lui fait appliquer sur le ventre des compresses imbibées d'eau froide ou d'oxycrat; ces moyens, sagement combinés entr'eux, suffisent, dans la plupart des cas, pour conduire la grossesse à son terme. Mais si leur action était inefficace, si le sang continuait à couler, que faire ? Irait-on, à la manière des anciens, pratiquer un grand nombre de ligatures sur les membres inférieurs ? ou, comme le veulent *Ætius, Paul d'Égine*, les faire sur les membres thorachiques et abdominaux? Une telle méthode devrait être entièrement abandonnée ; et si les lumières de la physiologie ne nous apprenaient pas qu'elle a le grave inconvénient de faire refluer le sang vers les grandes cavités et surtout vers le bassin, l'expérience, devant laquelle

toute théorie doit céder, suffirait pour nous la faire rejeter (1).

Dans ce cas, c'est au praticien seul qu'il appartient de prendre conseil du moment. Ou le col de l'utérus conserve sa rigidité, et rien ne peut vaincre sa résistance, ou il commence à s'entr'ouvrir, et on peut rompre la poche des eaux. Dans le premier cas, rien ne pourrait autoriser le praticien à terminer l'accouchement sans délai, il faudrait attendre ; mais je pense qu'on ne pourrait le faire si la perte devenait assez abondante pour compromettre la vie de la femme. Alors il faudrait avoir recours au tampon, c'est le plus simple et le plus héroïque des moyens que l'on connaisse. Quelques praticiens distingués le regardent comme inutile ; mais devrait-on, en spectateur tranquille, abandonner une femme à la mort qui va la frapper? Tous les moyens ont été épuisés, le tampon seul nous reste, et personne n'a rien de mieux à proposer. Pour concevoir les avantages de ce précieux et dernier moyen, examinons ce que fait la nature pour se combattre elle-même, ce qui se passe quand elle se suffit, et nous apprécierons le tampon à sa juste valeur. Le sang, en s'échappant des vaisseaux utérins, se coagule, et forme des caillots qui, appliqués sur l'orifice de ces vaisseaux, font l'office d'un bouchon qui s'oppose à la sortie ultérieure d'une nouvelle quantité de ce liquide. Si la nature est impuissante contre elle-même, imitons le procédé qu'elle nous enseigne, et nous remplirons une indication indispensable dans le traitement de la métrorrhagie. Le tampon, porté jusqu'à l'orifice du col utérin, force le sang de refluer à l'intérieur; ce liquide se coagule et se porte peu à peu jusqu'à la source de l'hémorrhagie, qui elle-même est nécessairement tarie par l'obstacle qu'elle éprouve à verser une plus grande quantité de sang. Le caillot, dira-t-on, déterminera la contraction de la matrice, cet organe se mettra en action, expulsera

(1) *Hamilton*, d'Édimbourg, fit reparaître les règles d'une jeune femme, qui étaient supprimées depuis sept mois, en appliquant des ligatures sur le trajet des artères crurales.

au-dehors le sang, le tampon et le fœtus lui-même ; mais n'est-ce pas là le résultat que nous désirons obtenir. L'enfant et sa mère sont menacés d'une mort certaine si nous n'agissons pas ; sauvons la mère, puisque nous ne pouvons les sauver tous les deux à la fois.

Quand l'orifice de l'utérus est assez dilaté pour permettre la rupture des membranes, tous les embarras que je viens de signaler disparaissent ; il faut alors, dit *Puzos*, introduire un ou plusieurs doigts dans cet orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par degrés de force proportionnée à sa résistence. Cet écartement gradué fait naître des douleurs, la matrice se met en action, les membranes se gonflent; l'attention, pour lors, doit être de les ouvrir pour procurer l'écoulement des eaux. L'utérus se resserre, s'empare de l'espace que le liquide tenait dans sa cavité, la matrice s'applique sur le corps du fœtus, l'hémorrhagie cesse, l'enfant chemine ; l'art, unissant son pouvoir aux efforts de la nature, dédommage la femme de ses souffrances, récompense le praticien de son habileté. Si après la rupture des membranes le sang continuait à couler, il faudrait alors aller à la recherche des pieds; on les amenerait à la vulve, on attendrait un instant pour donner à la matrice le temps de se reconnaître et de se resserrer sur elle-même. Ensuite on tire jusqu'à ce que les hanches paraissent, on attend. Enfin, quand on juge la matrice assez resserrée pour empêcher une hémorrhagie inquiétante, on termine l'accouchement sans attendre que la poitrine soit engagée, dans la crainte d'exposer la vie de l'enfant en comprimant le cordon ombilical.

Cette douce et ingénieuse méthode, généralement attribuée à *Puzos*, fut accueillie avec tout l'enthousiasme qu'elle mérite. En effet, calquée en quelque sorte sur les manœuvres de la nature, elle offre le double et inappréciable avantage de confier à la femme presque tout le travail de l'accouchement, et de donner à l'utérus le loisir de se contracter peu à peu et par degrés proportionnés à sa faiblesse ou à son énergie. Dans la méthode des anciens, l'enfant, arraché subitement du sein de sa mère, laisse la matrice dans un état de surprise, de

collapsus qui l'empêche de se resserrer sur elle-même ; aussi cet organe verse-t-il le sang à pleins tuyaux, comme le dit *Puzos*, et laisserait même couler tout celui de la femme, si, par une cause quelconque, il ne se contractait pas assez pour obstruer ses vaisseaux.

Dans quelque point de la matrice que le placenta prenne son insertion, la grossesse peut arriver à son terme sans être troublée par une hémorrhagie ; mais lorsque ce corps est greffé sur le col de l'utérus, la perte se déclare aussitôt que l'orifice se dilate, de sorte qu'on pourrait dire, avec un savant accoucheur, qu'elle est la conséquence nécessaire du mode de développement de l'utérus pendant la grossesse. Elle peut s'arrêter, et reparaître en augmentant d'intensité et de durée jusqu'au moment de l'accouchement. On ne peut reconnaître cette disposition vicieuse du placenta que lorsque l'orifice de l'utérus est ouvert ; alors, en y portant le doigt, on rencontre, au lieu de membranes lisses comme dans l'état ordinaire, un corps mollasse, spongieux, dont la moindre pression fait sortir du sang. Une circonstance remarquable, et qui n'est pas à dédaigner pour établir le diagnostic d'une manière certaine, c'est que le sang coule avec plus d'abondance pendant les contractions utérines, tandis que, dans les autres cas, l'effusion est suspendue par le resserrement de la matrice. La présence d'un caillot pourrait en imposer pour le placenta, mais avec un peu d'attention on évitera cette méprise.

Quand l'hémorrhagie qui résulte de l'implantation du placenta sur le col de l'utérus se déclare à une époque éloignée du terme de la grossesse, elle peut céder pour un temps aux moyens généraux employés pour l'arrêter ; mais si elle arrive à une époque plus avancée, il faut alors appliquer le remède directement sur le mal : il n'est aucun cas où le tampon soit mieux indiqué, lorsque l'orifice de l'utérus n'est pas suffisamment dilaté pour livrer passage au produit de la conception. Le tampon, dans ce cas, déterminera la formation d'un caillot, sollicitera les contractions de la matrice, et par conséquent

amenera une dilatation plus rapide de son col (1). Quelques praticiens ne prescrivent l'accouchement manuel que lorsque les syncopes, les convulsions, déterminent la nécessité de le faire. Je pense qu'on doit y procéder sans délai ; un instant décide souvent de la vie de deux individus qu'on eût pu sauver en agissant avec plus de célérité. Si j'avais besoin d'appuyer ce précepte par quelques faits, je n'aurais qu'à citer ceux que nous rapporte M. *Capuron* dans son Traité des accouchemens, p. 388. Aussitôt que l'orifice utérin peut permettre l'introduction de la main, il faut ôter le tampon et le sang coagulé ; on détache le placenta du côté où son bord se rapproche le plus de l'orifice, on perce les membranes, on saisit les pieds de l'enfant, et on termine l'accouchement. Si le sang continuait à couler malgré les moyens employés pour l'arrêter, et que le col ne perdît rien de sa rigidité, il ne faudrait plus considérer que le danger où se trouverait la femme ; on dilaterait de suite l'orifice de la matrice, et on terminerait l'accouchement (2). M. le docteur *Marchais* m'a raconté que ce moyen lui avait réussi dans une circonstance analogue : d'ailleurs c'est le seul qui reste pour arracher la femme à la mort.

Quelques praticiens conseillent de percer le placenta, et d'aller à la recherche des pieds. Ce moyen peut réussir ; mais je pense qu'on ne devrait y avoir recours qu'après avoir essayé vainement de détacher le placenta de la surface interne de l'utérus. En perçant le placenta, on augmente presque toujours l'hémorrhagie, parce qu'on déchire toutes les radicules de la veine ombilicale. D'ailleurs l'enfant, obligé de passer à travers cette masse spongieuse, ne manque pas de l'entraîner avec ses épaules ; de là naît une difficulté qui pourrait amener la mort de l'enfant par les tractions forcées qu'on est obligé d'exercer sur la colonne vertébrale pour l'entraîner au-dehors.

---

(1) *Kok*, Mémoire extrait par *Alibert* dans *Pasta*, cite un fait dans lequel le tampon conduisit la grossesse à son terme.

(2) *Smellie*, troisième et dixième observation.

S'il me fallait démontrer que la méthode de *Puzos* ne peut trouver son application lorsque le placenta est inséré sur le col de l'utérus, je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit plus haut en parlant des symptômes qui annoncent une disposition de cette nature. En effet, en rompant la poche des eaux, on peut bien arrêter l'hémorrhagie pour un moment; mais le travail ne peut faire des progrès sans que la matrice se contracte; ce qui ne peut arriver sans aggraver l'intensité de la perte, comme nous l'avons observé. Nous n'avons rencontré qu'un seul cas, dit *Baudelocque*, où la perte se soit arrêtée complètetement après la sortie des eaux, sur trente au moins dans lesquels le placenta était attaché au col de la matrice; mais ce cas n'est qu'une exception, et ne peut faire loi (1).

Il est encore d'autres circonstances où la méthode de *Puzos* serait insuffisante, lorsque le col de l'utérus est dur et ne peut se dilater, lorsque ce col est porté en arrière vers le sacrum; mais ces cas, extrêmement rares, prouvent seulement que cette méthode ne peut faire rejeter à jamais toutes les autres.

La rupture du corps de la matrice détermine constamment une perte redoutable pour la mère et pour l'enfant. Cet accident n'est connu que depuis le quinzième siècle, époque à laquelle l'anatomie pathologique, prêtant ses lumières à l'art de guérir, fit connaître des maladies qu'on n'avait pas même soupçonnées. La perte qui résulte de la rupture de la matrice est une des plus difficiles à arrêter; car tandis qu'on est occupé à délivrer la femme par la gastrotomie ou par d'autres moyens, elle perd presque tout son sang, et périt pour la plupart du temps. La rupture de la matrice n'est cependant pas toujours mortelle; on cite même des guérisons spontanées. *King*, d'Édimbourg, *Gardien*, *Astruc*, *Littre*, ont publié des observations qui ne laissent aucun doute à ce sujet.

L'hémorrhagie produite par le déchirement de l'orifice utérin est

(1) *Baudelocque*, Art des accouchemens, t. 1, p. 425.

rarement fâcheuse. Le tampon, dans ce cas, est un moyen qui agit directement sur le lieu d'où vient le sang, et suffit presque toujours pour dissiper les craintes qu'elle inspire.

Quand on est appelé pour une hémorrhagie utérine, si la tête a déjà franchi l'orifice de la matrice, et s'est engagée dans l'excavation du bassin, il faut appliquer promptement le forceps, si on l'a à sa disposition.

Madame *Boivin* dit qu'on ne doit jamais aller chercher les pieds de l'enfant quand la tête se présente et que l'utérus embrasse fortement le corps de l'enfant, mais avoir recours au forceps; c'est ce que j'ai vu faire à madame *Legrand*, avec toute la prudence et la dextérité qui caractérisent le talent de cette sage-femme en chef; l'accouchement fut terminé avec le forceps en moins de deux minutes, et l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

De la métrorrhagie après l'accouchement.

S'il n'est pas d'accident plus fréquent que l'hémorrhagie qui survient à la suite de l'accouchement, en est-il un qui mérite plus justement de fixer l'attention de l'homme de l'art par le danger imminent où il met la femme, si elle n'est pas secourue à temps? La perte qui se déclare après l'expulsion du produit de la conception peut se manifester quelques instans et même quelques jours après, comme nous nous en sommes convaincu en lisant les observations de *Baudelocque* à ce sujet. Le sang peut s'échapper au-dehors, ou être retenu à l'intérieur de la matrice; voyons quelles sont les causes qui peuvent y donner lieu; ensuite nous indiquerons les moyens mis en usage pour en prévenir les effets.

Pour qu'il n'y ait pas de perte après l'accouchement, il faut que la matrice se contracte graduellement, et qu'elle se rapproche le plus possible de son état de vacuité. Mais la perte se manifeste-t-elle contamment lorsque la matrice ne revient pas sur elle-même? A cette

question, je serais presque tenté de répondre par l'affirmative, cependant les observations de M. *Capuron* me le défendent; j'avoue pourtant que je ne comprends pas comment la matrice pourrait rester pendant quelques heures, pendant quelques jours même, dans une espèce de flaccidité, de mollesse, qui annonçaient, suivant le récit de ce savant auteur, une inertie bien caractérisée, sans laisser échapper une goutte de sang (1). La matrice était-elle tombée dans une espèce de défaillance *syncopale* qui l'empêchait de recevoir du cœur le principe vivifiant que cet organe distribue au reste de l'économie? Quoi qu'il en soit, la métrorrhagie qui se manifeste après l'accouchement dépend *ordinairement* ou d'une stimulation quelconque du système utérin, ou de tout ce qui s'oppose à ce que la matrice revienne sur elle-même et ne diminue de volume. Or, les causes propres à déterminer ces différens états seront ou l'irritation, ou l'inertie de cet organe, ou enfin l'état d'extension accidentelle dans lequel il se trouve par la présence d'un corps qui l'empêche d'obéir aux efforts de ses fibres musculaires. L'hémorrhagie après l'accouchement surviendra donc dans trois circonstances principales; je dis principales, car elle pourrait être encore le résultat du renversement de la matrice, à la suite des tiraillemens exercés sur le cordon ombilical pour opérer la délivrance. Mais cette hémorrhagie ne pourrait-elle pas être considérée comme dépendant de l'inertie de cet organe?

Quand l'utérus, après l'accouchement, se resserre, se durcit et offre une tumeur résistante à travers les parois de l'abdomen, quelle sera la cause de l'hémorrhagie, si elle se déclare à cette époque? Je pense qu'il est raisonnable de l'attribuer à une congestion sanguine déterminée vers cet organe par un stimulus quelconque; ce qui me paraît venir à l'appui de cette opinion, c'est que cet accident se déclare le plus souvent à la suite de violentes manœuvres opérées dans

(1) *Capuron*, Principe de l'art des accouchemens, p. 320.

le but de terminer l'accouchement : la matrice, froissée, contondue, devient le centre d'une fluxion sanguine, qui fournit une hémorrhagie abondante. Une autre circonstance, peut-être aussi fréquente, pour ne rien dire de plus, c'est l'irritation des organes digestifs, laquelle se répète sympathiquement sur la matrice; le vin, l'eau-de-vie, dont se gorgent certaines femmes, dans le but de faire taire le sentiment des douleurs de l'enfantement; la joie, la colère, la frayeur, sont autant de causes qui peuvent éveiller des sympathies et porter le sang vers un organe qui n'a pas encore eu le temps de se mettre en garde pour résister à son afflux. Quoi qu'il en soit, ces hémorrhagies sont bien moins abondantes que celles qui dépendent de l'inertie ; elles s'arrêtent ordinairement d'elles-même, ou cèdent promptement aux moyens employés pour les combattre ; cependant elle peuvent devenir mortelles par l'abondance du sang qu'elles fournissent (1).

De l'inertie. On donne le nom d'*inertie de la matrice* à cet état dans lequel les parois de ce viscère restent molles et sans action ; dans ce cas, y a-t-il toujours inertie? Je ne le pense pas : ou les parois utérines, frappées d'indolence, ne jouissent plus de cette tonicité, de cette vertu contractile qui est l'attribut essentiel de cet organe dans l'état normal, ou il possède toute son énergie, et lutte en vain contre un obstacle qu'il ne peut vaincre ; dans le premier cas, il y a véritablement inertie, et cet état, lié en quelque sorte à l'atonie des propriétés vitales de la matrice, peut devenir très-dangereux si la femme est d'une constitution faible, valétudinaire, si elle a perdu beaucoup de sang pendant l'accouchement; mais, dans le second cas, la matrice n'est pas elle-même la cause directe de l'hémorrhagie : l'expérience nous prouve tous les jours qu'il suffit souvent de favoriser l'expulsion d'un second enfant, du placenta détaché ou de tout autre corps étranger, pour arrêter l'effusion du sang.

(1) *Leroux*, huitième observation.

Quelles sont les causes qui peuvent amener l'inertie de l'utérus? On ne peut disconvenir que tout ce qui aura distendu outre mesure les fibres de cet organe n'en soit une des plus fréquentes. Elle peut être aussi la suite d'un accouchement trop prompt, qui, en opérant une déplétion subite de cet organe, le laisse dans une espèce de surprise qui l'empêche de revenir sur lui-même; ou d'un accouchement trop pénible qui, après avoir épuisé l'élasticité de ses fibres, les priverait du ressort et de l'irritabilité nécessaires à leur raccourcissement. Nous avons dit plus haut que l'hémorrhagie pouvait être externe ou interne : il est si facile de reconnaître la première, qu'il nous suffit de l'avoir indiquée. Mais comment le sang peut-il être retenu dans l'intérieur de la matrice? A quel signe reconnaîtra-t-on qu'il s'y accumule ?

L'hémorrhagie interne n'est jamais plus commune ni plus insidieuse qu'à la suite d'un accouchement trop prompt qui aurait été précédé du décollement d'une partie du placenta ; alors la matrice, se trouvant tout à coup dans un état de stupeur, comme je l'ai déjà dit, vomit le sang par l'orifice des vaisseaux où le placenta a cessé de lui adhérer ; celui-ci, obéissant au poids du fluide qui le comprime, tombe sur l'orifice de l'utérus, empêche ce liquide de se frayer une issue au dehors, et donne lieu à un accident d'autant plus dangereux, que rien n'en fait soupçonner l'existence. On conçoit que la même chose doit arriver si l'orifice de cet organe est obstrué par un caillot de sang, ou s'il se resserre spasmodiquement, tandis que son fond reste dans l'inaction.

Puisque la perte interne est si redoutable pour la femme, qu'elle peut en être foudroyée sans qu'on y pense, quelle doit être l'attention du praticien pour la reconnaître et pour en prévenir les résultats ?

Aussitôt que la femme est accouchée, on doit porter la main sur l'hypogastre : si l'on y trouve un corps dur, arrondi, qui se resserre sur lui-même, rien n'indique une hémorrhagie interne, on peut rester tranquille ; mais si, en palpant cette région, on y sent un

corps mollasse qui augmente de volume en se durcissant, il n'en est pas de même. La femme pâlit, son teint se décolore; elle éprouve un bien-être perfide, et s'abandonne même aux douceurs d'un sommeil qui pourrait en imposer aux personnes qui l'entourent. Son pouls devient petit, misérable; sa voix, tremblottante, peut à peine dire ce qu'elle éprouve; nul doute alors que le sang ne s'accumule dans l'intérieur de la matrice, et ne fasse courir à la femme le plus grand danger, si l'on méconnaissait son état.

Lorsque l'accouchement se termine trop promptement, si le cordon ombilical est trop court, ou s'il est entortillé autour de l'enfant, la matrice peut se retourner comme un doigt de gant; mais je pense que cet accident est plus souvent le résultat de tractions immodérées qu'on exerce sur le délivre pour l'entraîner au dehors. On reconnaît le renversement de la matrice à une masse aplatie, lisse, rouge, qui se présente à la vulve, et dont le sang ne cesse de s'écouler avec abondance qu'après la réduction de cet organe.

Le traitement de la métrorrhagie doit nécessairement varier en raison des causes qui l'ont produite; ainsi, c'est au praticien à les distinguer et à faire une juste application des différens moyens de son art.

L'orifice de l'utérus est-il bouché par un caillot de sang, par le placenta ou un des lambeaux détaché de la surface interne de cet organe, c'est à l'obstacle même qui empêche la déplétion de la matrice qu'il faut s'adresser. Si cet obstacle est l'agent matériel qui s'oppose à ce que la matrice se contracte, l'hémorrhagie cessera aussitôt que cet organe pourra réagir sur lui-même avec toute l'énergie dont il est susceptible; s'il est innocent de la production de cette hémorrhagie, son extraction permettra à la main de porter, dans la cavité de ce viscère, un stimulus qui agira immédiatement sur la source du mal.

Quand l'hémorrhagie interne est due à la contraction spasmodique du col utérin, ce dont on s'assure en y portant le doigt, elle n'est le plus souvent que momentanée; les frictions sur l'hypogastre, la confiance qu'on inspire à la femme, suffisent presque toujours pour la

dissiper : si cependant elle résistait à ces moyens, rien de mieux alors que de forcer l'obstacle et d'arracher la femme à un accident qui peut lui devenir funeste.

L'hémorrhagie externe, qui tient à l'inertie de l'utérus, est d'autant plus alarmante qu'il s'échappe une plus grande quantité de sang dans un temps donné ; elle est quelquefois si rapide, que la femme en est comme foudroyée en un clin d'œil. Alors il n'y a plus de temps à perdre ; il faut rendre à la matrice sa contractilité, sans quoi la femme est sur le bord de sa tombe.

Dans ces circonstances, différens moyens ont été préconisés, mis en usage, et comptent de nombreux succès. Quelle doit être la conduite du praticien ? Elle doit être subordonnée à l'état actuel de l'utérus. Ou l'inertie de cet organe est relative, ou elle est absolue : dans le premier cas, la matrice, s'appliquant sur le placenta, semble indiquer à l'accoucheur ce qu'il lui faut faire. « On doit considérer, dit *Bichat*, les substances contenues dans les muscles creux de la vie organique comme de véritables antagonistes de ces muscles, car ils n'ont point de muscles qui agissent en sens opposé du leur ; tandis que ces antagonistes les distendent, ils n'obéissent point à leur contraction de tissu ; dès qu'ils cessent de les remplir, ils se mettent en jeu (1). » On doit donc extraire le placenta ou les caillots : l'utérus, débarrassé de cet obstacle, se satisfait spontanément en opérant son retrait, et la femme est sauvée.

Mais faudrait-il agir de la même manière lorsque la matrice est restée dans une espèce de torpeur absolue, et que ses parois sont confondues avec les circonvolutions intestinales ? On le pourrait à la rigueur, et l'expérience nous prouve tous les jours que la présence de la main, introduite dans la matrice pour extraire le placenta, est souvent suffisante pour réveiller l'énergie de cet organe. Mais ne serait-il pas plus prudent d'interroger la sensibilité de cet organe d'une

---

(1) *Bichat*, Anatomie générale, t. 3, p. 353.

manière indirecte, avant d'augmenter le vide qui existe entre ses parois ; en agissant ainsi, on éviterait de perdre le temps qu'il faut souvent pour achever le décollement du placenta, et on n'aurait pas la crainte de voir l'hémorrhagie continuer après la sortie de l'arrière faix. Nous pensons que l'orsque l'hémorrhagie n'est pas assez abondante pour menacer l'existence de la femme, on doit d'abord essayer les moyens suivans : on frictionne la paroi antérieure de l'abdomen ; on y applique des compresses trempées dans de l'eau froide, dans du vinaigre, dans une solution de sous-carbonnate d'ammoniaque ; on peut même faire pénétrer dans l'intérieur de l'utérus des injections avec des liqueurs acides, spiritueuses, convenablement étendues d'eau ; mais si ces moyens sont infructueux, qu'on introduise promptement la main dans la matrice, c'est le plus simple et le plus puissant moyen pour déterminer les contractions de cet organe. On achève de décoller le placenta qu'on entraîne au dehors. Si l'utérus reste insensible, on l'agace, on le titille avec la pulpe des doigts, tandis que l'autre main, portée à l'extérieur, maintient et stimule ses parois à travers l'abdomen ; enfin on laisse la main séjourner dans l'intérieur de la matrice, jusqu'à ce qu'elle en soit expulsée avec le reste des caillots. Il est des cas sans doute où les contractions cessent avec l'action du stimulus ; il faudrait alors attaquer ce viscère d'une autre manière. M. *Pasteur* a proposé d'introduire dans la cavité de l'utérus un citron écorcé, espérant que l'acide citrique qu'on en exprime avec la main excitera les fibres utérines à se contracter avec énergie. *Bigeschi* avait déjà eu l'idée de se servir, en pareille circonstance, d'une éponge fine imbibée d'oxycrat, que l'on promenait sur la surface interne de l'utérus ; mais nous pensons que ce moyen n'est pas aussi efficace que le citron, car l'éponge, s'imbibant bientôt du sang dont elle est environnée, n'a qu'une action très-limitée ; tandis que le citron exhale continuellement de ses cellulosités un suc qui perpétue l'irritation des fibres musculaires de cet organe jusqu'au moment où celui-ci, fatigué par sa présence, se resserre et l'expulse hors de sa cavité.

Si ces moyens ne réussissaient pas, irait-on, comme *Pasta* le conseille, faire des injections avec de l'alcohol, de l'acide sulfurique nitrique ; ces styptiques violens pourraient, à la vérité, faire cesser l'hémorrhagie ; mais ne connaît-on pas le danger de détruire, de corroder les parois de la matrice en crispant ses fibres musculaires. Il est probable, dit madame *Boivin*, que *Pasta* n'a jamais employé son infernal remède ; j'aimerais mieux injecter du vinaigre pur ou de l'eau à la glace dans l'intérieur de la matrice.

Parlerons-nous du tampon dans ce cas extrême? On sait que *Leroux*, de Dijon, dit avoir obtenu plusieurs succès de cet instrument; mais si un tel moyen est innocent du bien que cet accoucheur lui attribue, le serait-il également du mal qu'on lui reproche dans bien des circonstances ? Une observation de *Baudelocque*, une de M. de *Saint-Amand*, dans sa Dissertation sur les pertes de sang, montrent le danger du tamponnement, qui ne fait que convertir une hémorrhagie externe en interne. L'accoucheur qui aurait l'imprudence de boucher l'orifice de l'utérus ne pourrait être mieux comparé, dit M. *Capuron*, qu'au stupide berger qui, pour empêcher son troupeau d'être dévoré par un loup affamé, fermerait la porte du bercail au lieu de courir directement sur la bête féroce.

Lorsque toutes les ressources de l'art ont été épuisées, on a quelquefois réussi à arrêter le sang en faisant des affusions d'eau froide sur le bassin ; il faudrait alors exposer la femme à l'air frais, verser sur elle des seaux d'eau glacée, la plonger même toute entière dans un bain froid. Ces moyens extrêmes ont un appareil effrayant, et peuvent même entraîner de graves inconvéniens ; mais de deux maux il faut choisir le moindre ; l'occasion presse, un instant peut tuer; il ne faut pas abandonner la femme dans la crainte de maux qui ne viendront peut-être pas, *Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima* (1). Si l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement

(1) *Hippocrate*, sect. 1, aph. 6.

était peu abondante, ne pourrait-on pas solliciter les contractions de la matrice en agaçant la sensibilité de l'estomac, qui, comme on le sait, est lié par une sympathie très-étroite avec les organes de la génération? *Stoll*, *Fincke*, n'ont pas craint d'employer l'ipécacuanha comme vomitif, et ont obtenu des succès incontestables, dans les hémorrhagies qui surviennent hors le temps de la grossesse. M. le docteur *Marchais*, praticien distingué de Paris, ma raconté que l'ipécacuanha lui avait presque toujours réussi pour arrêter les hémorrhagies qui dépendaient de l'inertie de l'utérus après l'accouchement. Il me semble qu'un tel moyen n'est pas apprécié à sa juste valeur; s'il ne suffisait pas seul pour ranimer l'énergie de l'utérus, ne pourrait-il pas concourir aux succès de ceux qui tendent à agir directement sur ce viscère? N'est-ce pas en vertu de cette sympathie de l'estomac avec la matrice que nous expliquons les nombreux avantages que *Van-Swiéten* et *Leake* ont retirés de la teinture de canelle combinée avec l'eau de mélisse, ou la décoction de quinquina dans les hémorrhagies utérines qui attaquent les femmes hors le temps de la gestation?

Quand l'hémorrhagie utérine est due à l'irritation de cet organe, l'extraction du placenta serait-elle le plus sûr moyen pour y remédier? Nous ne le pensons pas, d'abord parce qu'on agirait point directement sur la cause de la perte; ensuite, parce qu'on ignore, comme le dit M. *Capuron*, si l'hémorrhagie n'est point l'effet d'une crise que la nature médite pour obvier à de plus graves désordres. Mais comme il n'est point au pouvoir de l'homme de l'art de prévoir si la nature n'excédera pas les bornes de ses efforts salutaires, ne serait-il pas plus prudent de se ménager une ressource, et d'enrayer à sa volonté une hémorrhagie qui, par son abondance, pourrait avoir des suites fâcheuses? On pourrait, ce me semble, ouvrir la veine du bras, comme *Rivière* le conseille dans les hémorrhagies de l'utérus qui se déclarent hors le temps de la grossesse, laisser couler le sang lentement et à plusieurs reprises, en tenant le pouce appliqué sur cette veine; par ce moyen on attirerait vers un lieu éloigné le mouvement

fluxionnaire dont l'utérus est le siége, on aiderait la nature en se rendant maître d'elle; on aurait en même temps recours à différens révulsifs, afin de seconder les effets de la saignée. *Duncan* rapporte un grand nombre d'observations dans lesquelles il dit avoir obtenu les plus grands succès des antispasmodiques et des narcotiques. J'aurais d'autant plus de confiance dans l'emploi de ces moyens, que la métrorrhagie attaque un sexe éminemment nerveux, que l'utérus, lié par des sympathies innombrables avec le reste de l'économie, est sous l'influence de mille irradiations qui amènent souvent une concentration sanguine vers cet organe. Si les préparations opiacées, par l'action sédative qu'elles exercent sur le système nerveux, tempèrent ou régularisent l'éréthisme musculaire, n'est-il pas probable que la matrice, douée des mêmes propriétés que les muscles, participera au calme général de tous le corps, et refusera tout accès immodéré au sang, qui se contiendra alors dans ses voies accoutumées? Quand le raisonnement ne nous rendrait pas compte des bons effets de ce moyen, l'expérience nous prouverait assez qu'il n'est nullement à dédaigner. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'en constater moi-même l'efficacité; mais des praticiens du plus grand mérite l'ont fait avec tout le succès possible. Nous ne pourrons nous égarer en les imitant.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sanguinem spumosum expuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Famem vini potio solvit. *Ibid.*, *aph.* 21.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.